

ANNEE 1955

N°

790

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

P A R

PELTE Jean-Arthur Désiré

né le 30 Novembre 1926 à Hénin-Liétard (Pas de Calais)

Présentée et soutenue publiquement le 6 Juillet 1955

EXAMENS SYSTEMATIQUES DE SANTE
BILAN DE SIX ANNEES DE FONCTIONNEMENT
CAISSE PRIMAIRE CENTRALE DE SECURITE SOCIALE
DE LA REGION PARISIENNE

Président : Mr. JOANNON, Professeur

F A C U L T E D E M E D E C I N E D E P A R I S

Année 1955 -

N° _____

T H E S E

pour le

D O C T O R A T e n M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

P E L T E , Jean, Arthur, Désiré

né le 30 Novembre 1926 à Hénin-Liétard (Pas-de-Calais)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT le 6 JUILLET 1955

EXAMENS SYSTEMATIQUES DE SANTE

BILAN DE SIX ANNEES DE FONCTIONNEMENT

CAISSE PRIMAIRE CENTRALE DE SECURITE SOCIALE

DE LA REGION PARISIENNE



Président : M. JOANNON, Professeur .

A la mémoire

de mon père

docteur en médecine

croix de guerre 1914 - 1918

médaille des épidémies.....

A ma mère.....

..... à Monsieur le Professeur JOANNON

Nous le remercions du grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.

..... à Monsieur MORAS, Directeur de la Caisse Primaire
Centrale de Sécurité Sociale de la Région Parisienne

..... à Monsieur CHASTANG
Sous-Directeur chargé de l'Action Sanitaire et
Sociale qui nous ont permis de faire ce travail
sur les Examens Systématiques de Santé.

..... à Monsieur le Docteur P. MIRAULT
Médecin-Chef de la Prévention Générale de la Caisse
Primaire Centrale de Sécurité Sociale de la Région
Parisienne qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et qui nous a aidé de ses judicieux conseils.

qu'il scit assuré de notre respectueuse reconnaissance...

EXAMENS SYSTEMATIQUES

DE S A N T E

BILAN DE

SIX ANNEES

DE

FONCTIONNEMENT

Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale

de la Région Parisienne

INTRODUCTION

Deux thèses ont déjà été soutenues sur les "Examens de santé de la Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale de la Région Parisienne".

La thèse de Denise MIRAULT (1950) étudiant les années 1947-48 et l'année 1949, était à vrai dire axée surtout sur l'organisation des Centres et des divers rouages nécessaires à la réalisation de ces examens.

La thèse de Marie-José CARILLON (1951) a donné les résultats "Cliniques" obtenus pendant les trois exercices 1947-48, 1949, 1950. Cette thèse était destinée à montrer que malgré les difficultés inhérentes à la Clinique, les chiffres des "maladies constatées" et les chiffres des "maladies dépistées" apparaissaient comme très stables.

Il nous a paru intéressant de reprendre cette étude après plus de six années entières de fonctionnement, du 13 Mai 1947 au 31 Décembre 1953.

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudoin, Bénard (H), Cadenat, Carnot, Chabrol, Champy, Chevassu, Delbet, Donzelot, Gastinel, Guillaïn, Halphen, Harvier, Laroche, (G), Laubry, Lemaitre, Lemierre, Lévy-Solal, L'hermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mondor, Mulon, Olivier (B), Ombrédanne, Sannié, Sézary, Tanon.

DOYEN

Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESEUR

Jean VERNE

I - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DE LARUE (A.)
Bactériologie	N...
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	N....
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	JAYLE (M.F.)
Cliniques chirurgicales	BROCQ (P.)
	DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
	N....
	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et Orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)

MM

Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE	(T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE	(R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET	(P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY	(J.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO	(P.)
Cliniques médicales	{ Hotel-Dieu	N....
	{ Bichat	N....
	{ Cochin	MOREAU (R.)
	{ Broussais	DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANCON	(L.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT	(L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN	(R.)
Cliniques obstétricales	{ Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
	{ Baudelocque	N....
	{ Port-Royal	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	VELTER	(E.)
Clinique Oto-rhino-laryngologique	AUBIN	(A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires	RICHET	(C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER	(C.)
Clinique rhumatologique et sociale	COSTE	(F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME	(M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE	(J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE	(A.)
Clinique urologique	FEY	(B.)
Embryologie	GIROUD	(A.)
Génétique médicale	LAMY	(M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N....	
Histologie	N....	
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA	(J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON	(C.)
Médecine du Travail	DESOILLE	(H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE	(R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD	(H.)
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX	(G.)
Pathologie exotique	LAVIER	(G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE	(J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLÉN	(F.P.)
Pathologie médicale	BARIETY	(M.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN	(J.)
Pédiatrie sociale	MARIE	(J.)

MM

Pharmacologie et matière médicale	HAZARD	(R.)
Physico-chimie médicale (<i>Chaire à titre personnel</i>)	DOGNON	(A.)
Physiologie	BINET	(L.)
Physique médicale	STROHL	(A.)
Radiologie médicale	DESGREZ	(H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET	(P.)
Thérapeutique	TURPIN	(R.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES ET AGREGES

MM

Anatomie

DELMAS (A.) pr. s. ch.
 DEBEYRE (J.)
 OLIVIER
 N....

Anatomie pathologique

GAUTHIER-VILLARD (Mlle P.)
 pr. s. ch.
 BUSSER (F.)
 GUYGOU (Ch.)

Bactériologie

NEVOT (A.)
 N....

Biochimie médicale

ETTORI (J.) pr. s. ch.
 N....
 N....

Biologie médicale

BOURLIERE (F.)

Dermato-Syphiligraphie

DUPERRAT (F.)

Embryologie

TUCHMANN

Histologie

BULLIARD (H.) pr. s. ch.
 N....
 N....

Hydrologie

N....

MM

Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. DEPARIS (M.) pr. s. ch.
Maladies infectieuses	N. . .
Médecine légale et du travail	DEROBERT (L.) pr. s. ch. GAULTIER (M.) HADENGUE (A.) N. . . .
Neurochirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	N. . .
Obstétrique	GRASSET (J.) LEPAGE (F.) MERGER (R.) MORIN (P.) RAVINA (J.) N. . . N. . . .
Ophtalmologie	DESVIGNES (P.) N. . . .
Orthopédie	JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie	AUBRY (M.) MADURO (R.)
Parasitologie	CHABAUD (A.) N. . . .
Pathologie chirurgicale	ABOULKER (P.) BAUMANN (J.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.)

MM

Pathologie chirurgicale

LORTAT - JACOB (J.)

OLIVIER (Cl.)

POILLEUX (F.)

VERNE (J.M.)

N.....

N.....

N.....

N.....

N.....

N.....

N.....

N.....

Pathologie expérimentale

N.....

N.....

BERNARD (J.)

BOUDIN (G.)

CASTAIGNE (P.)

CONTE (M.)

DOMART (A.)

LAMOTTE (M.)

LAROCHÉ (Cl.)

MILLIEZ (P.)

PEQUIGNOT (H.)

PERRAULT (M.)

RAMBERT (P.)

THIEFFRY (St.)

TURIAF (J.)

N.....

N.....

N.....

N.....

N.....

N.....

N.....

Pathologie médicale

JOSEPH (R.)

N.....

N.....

Pédiatrie

MM

Pharmacologie	CHEYMOL (J.) pr. s. ch. LEVY (Mlle J.) pr. s. ch.
Physiologie	BARJETON (D.) pr. s. ch. PARROT (J.) pr. s. ch. DEJOURS (P.)
Physique médicale	DJOURNO (A.) pr. s. ch. GOUGEROT (L.)
Pneumo - Phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	N.....
Psychiatrie infantile	MICHAUX (Z.)
Rhumatologie	N.....
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.) CERNEA (P.)
Thérapeutique	N.....
Urologie	KUSS (R.)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

Clinique chirurgicale	AMELINE (A.)
	HUGUIER (J.)
	LEGER (L.)
	PADOVAN (P.)
	PATEL (J.)
	ROUX (M.)
	RUDLER (J. C.)
	SICARD (A.)

MM

	BROUET	(G.)
	N....	
Clinique médicale	DECOURT	(J.)
	DREYFUS	(Gilbert)
	FAUVERT	(R.)

	HAGUENAU	(M.) pr. s. ch.
	HAMBURGER	(J.)
Clinique médicale	KOURILSKY	(R.)
	MARCHAL	(G.)
	SOULIE	(E.)

	ESCALLE	(G.)
Clinique obstétricale	MAYER	(M.)
	VARANGOT	(J.)

	OFFRET	(G.)
Clinique ophtalmologique	RENARD	(G.)

Clinique urologique	COUVELAIRE	(R.)
---------------------	------------	------

Secrétaire général de la Faculté	M. MOREL	(J.)
----------------------------------	----------	------

Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL	(G.)
------------	------------------	------

Conservateur, chargé de la direction	M. le Docteur HAHN	(A.)
--------------------------------------	--------------------	------

Conservateur	Mlle GOICHON
--------------	--------------

Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE (R.), LAURENT (H.)
	LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

INTERET DE LA CLINIQUE AU COURS DES EXAMENS DE SANTE

La Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale de la Région Parisienne (C.P.C.S.S.R.P.) a organisé depuis le 13 Mai 1947, un service d'examens de santé dont bénéficient non seulement les assurés, mais encore leurs familles.

Ces examens de santé sont avant tout des examens de prévention, donc essentiellement de dépistage. Or, qui dit dépistage, pense immédiatement "examen systématique". Ce n'est pas ce qu'a voulu la Sécurité Sociale.

Un examen systématique est destiné à dépister la tuberculose et la syphilis.

Un examen de prévention, tel qu'il est organisé par la Sécurité Sociale, est destiné à dépister toute autre affection, en plus des deux précédentes.

L'examen systématique ne nécessite qu'une radioscopie pulmonaire ainsi qu'une réaction de Bordet-Wassermann.

L'examen de prévention exige, en outre, un examen clinique.

Si l'examen systématique découvre la tuberculose et la syphilis, il néglige par contre obligatoirement d'autres maladies qui, pour n'être pas toutes dénommées fléaux sociaux, n'en revêtent pas moins une grande importance.

La Clinique seule, permet de découvrir ce que la radioscopie ne peut montrer. Il est évident que le dépistage d'un cancer de l'estomac ou d'une hypertension artérielle nécessite le recours à la Clinique.

Outre ces différences d'ordre médical, il faut noter également l'importance du facteur psychologique. En effet, lors d'un examen purement systématique, le sujet n'a pratiquement aucun rapport avec le médecin. Pour lui, le médecin n'a pas de visage. Très souvent, l'assuré convoqué à un examen de santé s'y présente l'esprit inquiet. Certains pensent même que l'examen de santé est une brimade, un empiètement de l'autorité sur leur liberté. Le colloque particulier qui a lieu dans le cabinet médical a très vite fait de changer ce climat. C'est là un des très gros avantages de l'examen de santé ainsi compris que de créer des rapports entre le sujet et le médecin.

Bien entendu, l'association au cours de l'examen de base de la clinique à la radioscopie et à la sérologie ne représente pas encore la perfection. Il faut tenir compte de l'insuffisance de la clinique : il est parfois, par un seul examen clinique, très difficile de différencier certains souffles cardiaques fonctionnels de souffles organiques ou d'apprécier la valeur exacte de certaines douleurs gastriques. Il en est de même pour les affections de l'appareil génital de la femme où il ne peut, naturellement, être question de pratiquer systématiquement des touchers vaginaux.

Il ne faut pas, non plus, oublier que, étant donné le nombre d'assurés présents à chaque séance, le temps imparti à chaque examen individuel est obligatoirement restreint.

Cependant cette insuffisance partielle de la clinique sera palliée dans toute la mesure du possible par le fait que le médecin clinicien, devant le moindre symptôme alarmant, demandera à la Caisse Centrale de faire effectuer les examens de spécialités nécessaires à l'établissement d'un diagnostic précis.

C'est pourquoi il nous semble que les examens de prévention, tels qu'ils sont organisés par la Caisse Primaire Centrale, permettant des dépistages qui peuvent s'étendre à tout le domaine de la pathologie, revêtent un intérêt médical majeur.

Enfin, en dehors des dépistages, la clinique permet de constater des maladies déjà connues de l'assuré, mais qu'il fait plus ou moins bien suivre, d'en préciser le bilan, et d'avertir le malade s'il y a nécessité qu'il soit revu par son médecin traitant.

ORGANISATION DES CENTRES

L'ordonnance du 19.10.45 et en particulier l'article 31 "la Caisse doit soumettre l'assuré et les membres de sa famille, à certaines périodes de leur vie, à un examen de santé gratuit. En cas de carence de la Caisse, l'assuré et les membres de sa famille peuvent demander à subir cet examen" ayant ainsi prévu l'obligation pour la Sécurité Sociale de pratiquer des examens de santé, la Caisse Primaire se trouva alors devant le problème de l'organisation matérielle de ces examens.

Il fallait d'abord en fixer l'heure. Fallait-il convoquer les assurés pendant la journée et ainsi interrompre leur travail, ou devait-on préférer les faire venir au Centre une fois leur travail terminé ? C'est la seconde solution qui fut adoptée, en créant toute-fois quelques centres travaillant l'après-midi pour les assurés ne pouvant se rendre libres le soir.

Un autre dilemme se posa ensuite. Fallait-il préférer le gros centre unique ou les petits centres disséminés ? La Caisse Primaire retint la seconde formule.

Le gros centre avait l'avantage de réunir en un seul immeuble les cabinets des médecins cliniciens et ceux des spécialistes. Cela pouvait sembler intéressant en permettant un contact plus étroit entre ces médecins. Cependant un malade dépisté ne pouvait que difficilement être immédiatement acheminé vers le cabinet du spécialiste ou le service de radiographie. De plus, vu l'heure des convocations (*dix-huit à vingt et une heures*) on ne pouvait exiger d'un assuré reconnu malade qu'il demeure dans ce centre jusqu'à une heure tardive, attendant son tour pour pénétrer dans le cabinet du spécialiste. Il fallait lui demander de revenir au centre un autre jour. On ne pouvait, enfin, convoquer simultanément un grand nombre d'assurés et multiplier à l'infini les cabinets médicaux.

Plus avantageuse est la formule des petits centres disséminés. En effet, les assurés sont convoqués dans un centre non loin de leurs demeures. La présence de l'assuré est plus facilement obtenue, car le déplacement est moins long, moins fatigant. L'assuré perd moins de temps pour se rendre au centre et pour rentrer chez lui. Ceci présente un gros intérêt pratique et psychologique.

Naturellement cette formule des petits centres disséminés présente un inconvénient, faible cependant en égard à ses avantages. Elle ne permet pas de grouper en un seul immeuble cliniciens et spécialistes, mais la proportion d'assurés convoqués aux centres de spécialistes est beaucoup moins importante que celle des assurés convoqués pour l'examen de dépistage.

Après accord avec les municipalités ou certaines oeuvres privées, la Caisse Primaire a, très progressivement, ouvert :

- du 13 Mai 1947 au 31 Décembre 1948

- o Vingt centres à Paris
- o Vingt-neuf centres dans la Seine
- o Treize centres en Seine-&-Oise

- puis à partir du 1er Janvier 1950 :

- o Trois centres dans la Seine
- o Cinq centres en Seine-&-Oise

Les centres ont été créés en tenant compte de la densité de population dans le secteur dont ils dépendent. Les assurés ne disposant pas d'un centre dans leur arrondissement sont convoqués au centre de l'arrondissement voisin.

Depuis 1950 la vie des centres a été très variable. Si ceux de Paris sont restés pratiquement stables, bien des centres de banlieue ont dû être fermés provisoirement pour des durées plus ou moins longues. Ces faits tiennent aux difficultés ou aux facilités devant lesquelles se trouve placée la Caisse Primaire pour alimenter chaque centre déterminé en sujets à examiner. En moyenne, le nombre total des centres en activité a évolué de 1950 à fin 1953 autour de soixante.

La Caisse Primaire étudia aussi le problème des communes où les assurés ne peuvent disposer de moyens pratiques de communication. C'est pourquoi, elle créa un centre mobile (*camion*) qui fonctionne depuis le 31 Mai 1949. Ce centre mobile fut d'abord composé d'un médecin à la fois examinateur et scopiste et d'une infirmière diplômée s'occupant des prises de sang et des analyses d'urines. Puis, afin d'augmenter le rendement, deux médecins examinateurs furent adjoints, laissant au médecin du bord le soin de pratiquer les scopies. Ces deux médecins travaillent dans des locaux mis à leur disposition par les municipalités à proximité immédiate du lieu d'implantation du camion dans la commune.

Les statistiques étudiées dans ce travail ne concernent strictement que les résultats obtenus dans les centres fixes.

LES CONVOCATIONS

Une fois la création de Centres d'Examens décidée, la Caisse Primaire Centrale se trouva devant le problème du recrutement des assurés. Il fallait, en effet, alimenter chaque centre et, d'autre part, éviter de convoquer un assuré déjà examiné par un autre Service.

La Sécurité Sociale protège essentiellement :

- (1) les salariés du Commerce et de l'Industrie (*Ordonnance du 1.11.1945*),
- (2) Les fonctionnaires (*Décret du 31.12.1946*).

Les mineurs, les étudiants et les militaires possèdent leurs propres organismes.

Les difficultés sont grandes du fait qu'il y a souvent intrication entre la Sécurité Sociale et la Médecine du Travail. De plus, il est inutile d'examiner systématiquement les sujets relevant de l'assurance Longue Maladie ou de l'Invalidité. C'est pourquoi les personnes examinées au cours des douze derniers mois par un dispensaire antituberculeux (O.P.H.S.) ou, au titre de la Médecine du Travail, de la Protection Maternelle et Infantile, de la Médecine Scolaire ou encore à l'occasion du règlement de prestations de l'assurance Longue Maladie ou Invalidité sont dispensées de se soumettre aux examens de santé" (*Prévention Générale, convocation aux examens de santé*).

Le rendement des convocations est absolument inconnu, car :

- d'une part, l'assuré convoqué peut négliger de se présenter au Centre, soit parce qu'il a déjà été examiné par un autre service, soit pour des raisons d'ordre psychologique (*indifférence, crainte*),
- d'autre part, l'assuré convoqué peut amener avec lui toute sa famille, ainsi que le précise la convocation.

Tout d'abord, la Caisse Primaire Centrale se servant des fichiers des centres payeurs, envoya à chaque assuré une lettre de préavis, lui demandant s'il accepterait de se présenter à une séance d'examens de santé comportant une consultation clinique, un examen radiologique et l'analyse du sang et des urines. On ne convoquait que les assurés ayant accepté. Beaucoup d'assurés négligèrent de répondre à cette lettre de préavis. Il faut dire que le système des examens de santé n'était pas alors suffisamment connu du grand public.

La Caisse Primaire Centrale décida alors de se baser sur les fichiers des assurés électeurs à la Sécurité Sociale. Elle continua l'envoi des lettres de préavis aux seuls assurés travaillant dans des entreprises de moins de cinquante employés, entreprises non obligées à l'époque d'organiser une Médecine du Travail. Quelques mois plus tard, d'ailleurs, elle supprima ces lettres de préavis.

Pour calculer le nombre d'assurés nécessaires pour alimenter les trois cabinets des médecins cliniciens, on a fixé le temps d'examen clinique de chaque assuré à quinze minutes. On a donc ainsi, chaque quart-d'heure, trois assurés examinés, ce qui fait, entre dix-huit et vingt et une heures, trente-six assurés. Ce nombre de trente-six sujets est le maximum qui puisse être utilement examiné par séance de trois heures dans chaque Centre. En réalité, le chiffre moyen des sujets examinés par séance au cours de chacune des six années d'exercice n'atteint jamais ce chiffre idéal et maximum de trente-six.

Nous signalons que, pour obtenir les moyennes réellement effectuées, le Service des Convocations doit suivre attentivement le mouvement des présents dans chaque centre. Pour alimenter certains Centres, il faut convoquer trois fois, parfois même quatre fois plus de sujets que le nombre réellement désiré. Ceci dépend de l'implantation du Centre. Il est certain que le développement progressif de la Médecine du Travail rend de plus en plus aléatoire l'envoi des convocations. Il faut prévoir le moment où seuls relèveront des Examens de santé de la Sécurité Sociale les conjoints des assurés et les ayants-droit âgés vivant au foyer des assurés. Le problème des convocations soulèvera alors de nouvelles difficultés.

	ASSURES		AYANTS-DROITS		TOTAL
	HOMMES	FEMMES	CONJOINTS	ENFANTS	
1947-48	53.451	44.619	14.211	11.963	124.244
1949	65.502	58.934	23.336	13.716	161.488
1950	66.475	61.745	20.489	11.125	159.834
1951	59.180	52.048	16.606	8.300	136.134
1952	47.295	36.765	9.976	4.385	98.421
1953	71.084	30.745	7.264	3.113	112.206
Total	362.987	284.856	91.882	52.602	792.327

L'ÉQUIPE MÉDICALE

- Il faut distinguer :

- l'équipe de base,
- l'équipe spécialisée.

I - L'ÉQUIPE DE BASE :

Deux caractères marquent cette équipe, sa diversité et ses mouvements incessants.

Sa diversité vient du fait de son recrutement. La plupart des membres des équipes médicales de base sont des médecins traitants de la région parisienne, viennent s'y adjoindre des médecins non installés préparant des certificats de spécialités et un groupe d'Internes des Hôpitaux de Paris.

Cette équipe n'est pas stable, les membres n'ont pas de contrats avec la Caisse Primaire Centrale. Ils sont vacateurs et ne travaillent pas à temps plein. Son nombre d'entre eux, pour des raisons diverses, quittent leur poste après un temps de présence variable et sont remplacés par de nouveaux médecins choisis en tenant compte de l'ordre d'inscription et des titres hospitaliers.

Cependant, malgré cette diversité et cette instabilité, on constate une stabilité des moyennes de diagnostic, ce que montre le tableau du pourcentage des affections dépistées par rapport au nombre de sujets examinés :

ANNEES	Nbre D'EXAMENS	DEPISTAGES	POURCENTAGES
1947-48	124.244	5.037	4,054 %
1949	161.488	8.454	5,235 %
1950	159.834	9.325	5,834 %
1951	136.134	9.253	6,356 %
1952	98.421	5.830	5,923 %
1953	112.206	5.071	4,519 %

II - L'ÉQUIPE SPÉCIALISÉE :

Contrairement aux équipes de base, le groupe des médecins qualifiés chargé des examens de spécialités s'est fort peu modifié depuis le début du fonctionnement du service, les mouvements y sont exceptionnels. Le pourcentage des examens de spécialités réalisés est assez stable. En voici le tableau :

ANNEES	Nbre D'EXAMENS CLINIQUES	EXAMENS SPECIAUX	POURCENTAGE
1947 - 48	124.244	9.261	7,453 %
1949	161.488	16.045	9,935 %
1950	159.834	11.876	7,430 %
1951	136.134	11.328	8,321 %
1952	98.421	10.952	11,126 %
1953	112.206	10.700	9,536 %

Il y eut donc :

- en 1947-48 : 1 sujet vu par un spécialiste pour 13 examens de base,
- en 1949 : 1 pour 10
- en 1950 : 1 pour 13
- en 1951 : 1 pour 12
- en 1952 : 1 pour 8
- en 1953 : 1 pour 10

La moyenne est donc de 1 pour 11.

Les différentes spécialités sont :

- la cardiologie,
- la chirurgie,
- la dermato-syphiligraphie,
- l'endocrinologie
- la gastro-entérologie,
- la gynécologie,
- les maladies professionnelles,
- la médecine générale,
- + la neurologie,
- l'ophtalmologie,
- l'oto-rhino-laryngologie,
- l'orthopédie,
- la pédiatrie,
- la phtisiologie (avec radiographie systématique)
- la psychiatrie,
- la rhumatologie,
- la stomatologie,
- et l'urologie.

On verra plus loin un paragraphe consacré à la carcinologie. Les tableaux des pages suivantes montrent que les examens de spécialités les plus demandés par les médecins cliniciens sont ceux de phtisiologie, cardiologie, dermato-syphiligraphie et gastro-entérologie.

On verra que, dans l'ensemble, les pourcentages d'examens de spécialités sont sensiblement stables, avec toutefois une exception pour la gastro-entérologie, dont la courbe s'élève en 1952 et 1953 par suite de l'examen d'un groupe important d'anciens prisonniers de guerre chez lesquels furent constatés ou dépistés un grand nombre de troubles gastro-intestinaux.

NOMBRES GLOBAUX DES EXAMENS DE SPECIALITES :

Examens spéciaux :	1947 - 48	1949	1950	1951	1952	1953	TOTAL
Cardiologie	1.368	1.924	1.445	1.576	1.507	1.295	9.115
Chirurgie	96	199	23	4	1	1	324
Dermato-syphilis	1.177	2.048	1.870	1.646	1.336	1.446	9.523
Endocrinologie	462	919	574	423	675	596	3.649
Gastro-entérologie	973	2.093	1.511	1.610	1.720	1.999	9.906
Gynécologie	530	1.056	667	536	654	356	3.799
Maladies professionnelles	19	61	28	38	50	26	222
Médecine générale	272	485	314	419	483	345	2.318
Neurologie	380	689	400	351	314	348	2.482
Ophtalmologie	55	67	8	6	3	7	146
O.R.L.	124	178	27	18	13	16	376
Orthopédie	40	97	53	69	28	10	297
Pédiatrie	357	46	4	1			408
Phtisiologie	2.836	4.939	3.946	3.752	3.233	3.396	22.102
Psychiatrie	9	62	28	7	5	9	120
Rectoscopie	7		73	71	46	31	228
Rhumatologie	193	478	380	348	347	312	2.058
Stomatologie	8						8
Urologie	355	704	525	453	537	507	3.081
TOTAL	9.261	16.045	11.876	11.328	10.952	10.700	70.162

POURCENTAGES DES EXAMENS DE SPECIALITES

	1947 - 48	1949	1950	1951	1952	1953
Cardiologie	14,76 %	11,99	12,17	13,91	13,76	12,16
Chirurgie	1,03	1,24	0,19	0,03	0,009	0,009
Dermato-syphiligraphie	12,70	12,76	15,83	14,53	12,19	13,51
Endocrinologie	4,98	5,72	4,83	3,73	6,07	5,57
Gastro-entérologie	10,50	13,04	12,70	14,21	15,70	18,68
Gynécologie	5,72	6,58	5,61	4,73	5,97	3,32
Maladies professionnelles	0,20	0,38	0,23	0,33	0,45	0,24
Médecine générale	2,94	3,02	2,64	3,69	4,41	3,22
Neurologie	4,10	4,29	3,37	3,09	2,86	3,25
Ophtalmologie	0,59	0,41	0,07	0,05	0,02	0,06
O.R.L.	1,33	1,10	0,22	0,15	0,11	0,14
Orthopédie	0,43	0,60	0,44	0,60	0,25	0,009
Pédiatrie	3,85	0,28	0,03	0,009		
Phtisiologie	30,62	30,78	33,22	33,12	29,52	31,74
Psychiatrie	0,09	0,38	0,23	0,06	0,04	0,08
Rectoscopie	0,07		0,61	0,62	0,42	0,28
Rhumatologie	2,08	2,97	3,19	3,07	3,16	2,90
Stomatologie	0,08					
Urologie	3,83	4,38	4,42	3,99	4,90	4,73

Les pourcentages relevés sur ces tableaux appellent quelques remarques. Si les examens de cardiologie, dermato-syphiligraphie, endocrinologie, gastro-entérologie, gynécologie, médecine générale, neurologie, phthisiologie, rhumatologie et urologie se présentent chaque année sous des allures fort comparables, il n'en est pas de même pour un certain nombre d'autres disciplines. De multiples raisons permettent d'expliquer cet état de chose.

Il s'agit tout d'abord d'une difficulté d'organisation interne du Service. Toutes les consultations des spécialités citées ci-dessus sont organisées le soir de 18 à 21 heures au Dispensaire Furtado-Heine, rue Delbet: Il est donc relativement facile d'y convoquer les assurés en dehors de leurs heures de travail et le pourcentage des "présents" à chaque séance y est très important, oscillant entre 80 et 90 %, ce pourcentage élevé s'expliquant par le fait qu'au cours de l'examen de base le médecin a déjà prévenu le sujet qu'il serait probablement convoqué et qu'il avait tout intérêt à répondre à cette convocation. Il n'en est pas de même des consultations de chirurgie pédiatrie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie et stomatologie. Ces dernières consultations ne fonctionnant que rue de Dunkerque, au Centre de la C.P.C.S.S.R.P. Les sujets n'y peuvent être convoqués que dans la journée, d'où grosse gêne dans leur travail et fréquentation beaucoup plus variable de ces consultations. Pour la pédiatrie, les examens de santé ont donc été amenés à diriger les enfants directement sur les spécialistes du Centre Furtado-Heine, sans les adresser au service de pédiatrie de la Caisse Centrale. Le pourcentage des enfants diminue d'ailleurs chaque année. En réalité ils ne relèvent pas des Examens de santé, mais de l'Hygiène Scolaire, il est cependant impossible de refuser de voir ceux qui sont amenés par leurs parents. Pour la chirurgie, les cas à examiner tout particulièrement sont fort peu nombreux et sont également dirigés presque uniquement depuis 1950 sur les spécialistes des autres disciplines dont ils peuvent relever éventuellement : gastro-entérologie gynécologie, urologie, carcinologie. Pour l'oto-rhino-laryngologie et l'ophtalmologie ne sont dirigés sur les spécialistes que les cas risquant d'apporter au sujet une entrave importante dans le travail effectué. Pour la stomatologie enfin, après avoir tenté d'appliquer cette même règle au cours du premier exercice, tout envoi a été stoppé. La fiche d'examen reçue par le sujet lui signale qu'il a à voir son dentiste si l'état de la denture le nécessite.

Toutes ces mesures n'ont été prises qu'à défaut de solutions plus acceptables pour ne pas déranger inutilement l'assuré, elles ne représentent nullement l'idéal à atteindre. Actuellement une expérience est en cours qui va faire entrer dans un Centre pilote un examen stomatologique systématique.

On remarquera également le petit nombre des examens psychiatriques demandés. Il est vrai qu'il est pratiquement impossible aux médecins non spécialisés qui fonctionnent dans les Centres de base, étant donné le temps imparti, de diriger leurs investigations en ce sens, n'apparaissent donc que les cas manifestes, ce qui est fort rare.

LES RESULTATS

NOMENCLATURE :

Pour une meilleure compréhension des tableaux statistiques, nous dirons quelques mots de la nomenclature qui a servi à relever les résultats cliniques.

La nomenclature adoptée de 1947 à fin 1953 et dont se sert uniquement ce travail est la nomenclature imposée par le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale pour l'établissement des statistiques de Longue Maladie dès le début de l'application de l'Assurance Longue Maladie. Elle comprend dans l'original vingt-cinq rubriques avec quelques sous-groupes. Pour simplifier la lecture des tableaux ci-dessous, nous l'avons traduite en trente et une rubriques, ce qui a supprimé les sous-groupes. Elle présente des lacunes certaines, cependant pour faciliter les comparaisons entre les différents exercices elle a été maintenue à l'apparition de la seconde nomenclature de Longue Maladie mise en service actuellement. Nous avons volontairement omis de nos tableaux la rubrique "Tumeurs" qui ne différenciait pas les tumeurs malignes des tumeurs bénignes. Un chapitre spécial sera consacré à l'étude du dépistage des cancers au cours des examens de santé.

Pour parer aux multiples lacunes de cette nomenclature : nécessité de pousser l'étude de la syphilis un peu plus loin que ne le permettait la rubrique "syphilis", nécessité de différencier les diverses tumeurs, nécessité de différencier le diabète des autres maladies de la nutrition, nécessité d'avoir plus de précisions sur les affections cardio-vasculaires ; une nouvelle nomenclature, toujours basée sur la première nomenclature de Longue Maladie en vingt-cinq numéros mais comprenant des sous-groupes plus détaillés, a été appliquée depuis le 1.1.1954. Elle permettra des études statistiques plus détaillées tout en restant comparable à l'ancienne nomenclature.

Nous donnons ci-dessous un exemplaire :

- 1/ de la nomenclature utilisée dans ce travail,
- 2/ de la nomenclature appliquée depuis le 1.1.1954.

C.P.C.S.S.R.P. Code des Maladies utilisé au Service des Examens
de Santé de 1947 à fin Décembre 1953.

- Syphilis
- Gonococcie
- Autres maladies vénériennes
- Tuberculose de primo-infection
- Tuberculose pulmonaire ou pleurale évolutive
- Tuberculose extra-pulmonaire, évolutive
- Tuberculose disséminée évolutive
- Séquelles de tuberculose pleuro-pulmonaire
- Séquelles de tuberculose extra-pulmonaire
- Autres maladies infectieuses
- Maladies rhumatismales chroniques
- Maladies de la nutrition, des glandes endocrines, avitaminoses
- Dystrophies, autres maladies générales
- Maladies du sang et des organes hématopoiétiques
- Intoxications et empoisonnements chroniques
- Affections neurologiques
- Affections mentales, névroses
- Maladies des organes des sens (*vision et audition*)
- Affections cardiaques
- Affections vasculaires
- Maladies de l'appareil respiratoire, non tuberculeuses
- Affections gastriques
- Affections intestinales
- Affections du foie
- Autres maladies de l'appareil digestif
- Maladies de l'appareil urinaire
- Maladies de l'appareil génital chez l'homme
- Maladies de l'appareil génital chez la femme
- Affections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
- Maladies des os et des organes du mouvement
- Accidents, traumatismes, intoxications accidentelles.

C.P.C.S.S.R.P. Code des maladies applicable aux relevés
statistiques à dater du 1.1.1954.

- Maladies infectieuses à déclaration obligatoire
- Syphilis congénitale
- Syphilis récente (*primo secondaire*)
- Syphilis tardive
- Syphilis sérologique
- Réactions sérologiques positives sans antécédents connus de syphilis
- Gonococcie
- Autres maladies vénériennes
- Tuberculose de primo-infection
- Tuberculose pulmonaire ou pleurale évolutive
- Tuberculose extra-pulmonaire évolutive
- Tuberculose disséminée évolutive
- Séquelles de tuberculose pleuro-pulmonaire
- Séquelles de tuberculose extra-pulmonaire
- Rhumatisme articulaire aigu
- Autres maladies infectieuses
- Tumeurs malignes, y compris les tumeurs des tissus lymphatiques
- Tumeurs bénignes et tumeurs de nature non spécifiée
- Arthrites et rhumatismes, sauf R.A.A.
- Diabète sucré
- Maladies de la glande thyroïde
- Autres maladies de la nutrition et des glandes endocrines avitaminoses
- Dystrophies et autres maladies générales
- Maladies du sang et des organes hématopoiétiques (*sauf tumeurs*)
- Intoxications et empoisonnements chroniques
- Affections neurologiques
- Affections mentales, névroses
- Maladies de l'oeil
- Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
- Cardiopathie rhumatismale chronique
- Autres maladies du coeur
- Hypertension
- Maladies des artères
- Maladies des veines et autres maladies de l'appareil circulatoire
- Maladies de l'appareil respiratoire, non-tuberculeuses
- Affections gastriques
- Affections intestinales
- Maladies du foie, de la vésicule biliaire et du pancréas
- Autres maladies de l'appareil digestif
- Hernies de la cavité abdominale
- Néphrite et néphrose
- Autres maladies de l'appareil urinaire
- Maladies des organes génitaux chez l'homme
- Maladies des organes génitaux chez la femme
- Pathologie de la puerpéralité
- Affections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
- Maladies des os et des autres organes du mouvement
- Vices de conformation congénitaux ou acquis
- Maladies particulières à la première année de la vie
- Sénilité, vieillesse
- Accidents, empoisonnement et violences

T A B L E A U X

La réalisation des tableaux du nombre des affections constatées et des affections dépistées et de leurs pourcentages (*voir pages suivantes*) n'appelle aucun commentaire.

Nous attirons par contre l'attention sur le fait qu'en raison de certains pourcentages très faibles (*maladies vénériennes autres que syphilis et gonococcie, tuberculose disséminée évolutive, maladies infectieuses, etc.....*) les deux graphiques destinés à la comparaison des constatations et des dépistages au cours des six exercices étudiés ont été établis suivant une échelle logarithmique.

Ces deux graphiques sont impressionnants par leur allure générale et nous paraissent bien démontrer que, malgré les difficultés inhérentes à toute investigation clinique, on peut sans crainte attribuer une valeur certaine à la médecine de prévention.

TABLEAU DES AFFECTIONS CONSTATÉES

ANNÉES 1947-1948 1949+++++++1950 1951 1952..... 1953.....

Représentation des valeurs sur échelle logarithmique



TABLEAU DES MALADIES DEPISTÉES

ANNÉES : 1947-1948 ----- 1949 ++++++ 1950 ----- 1951 ----- 1952 1953.....

Représentation des valeurs sur échelle logarithmique

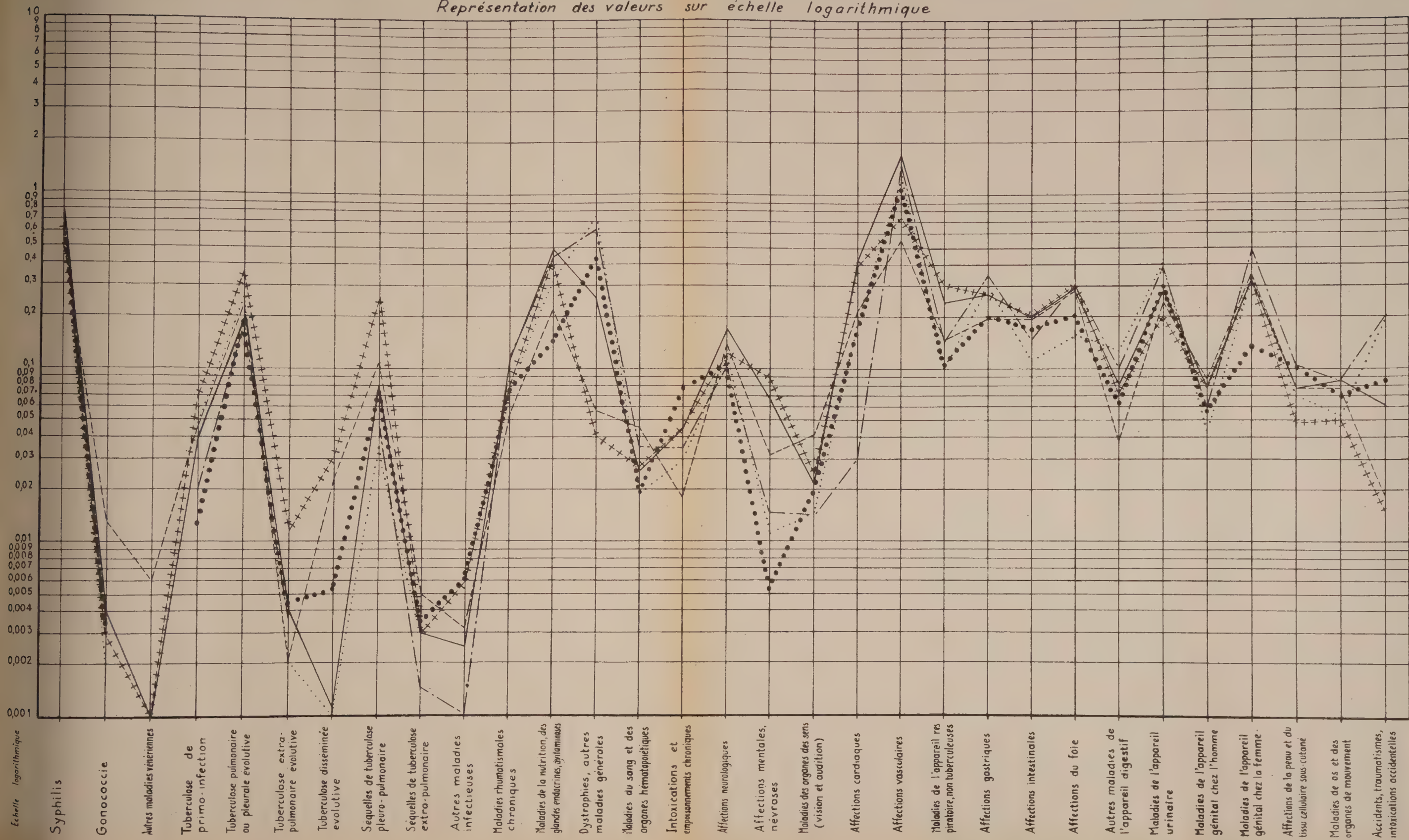


TABLEAU ANNUEL DU NOMBRE D'AFFECTIONS CONSTATEES :

	A N N E E S					
	1947-48	1949	1950	1951	1952	1953
Nombre de sujets	124.244	161.488	159.834	136.134	98.421	112.206
Syphilis	1.216	2.099	1.857	1.676	1.218	1.445
Gonococcie	81	70	68	42	28	19
Autres maladies vénériennes	6	4	2	7		
Tuberculose primo-infection	227	126	100	81	56	43
Tuberculose pleuro- pulmonaire évolutive	851	743	603	622	540	914
Tuberculose extra- pulmonaire évolutive	58	25	45	23	22	30
Tuberculose disséminée évolutive	161	41	3	7	0	2
Séquelles de tuber- culose pleuro- pulmonaire	1.248	1.522	1.443	1.062	828	1.536
Séquelles de tuber- culose extra-pulmonaire	182	161	200	129	59	82
Autres maladies infectieuses	199	59	42	30	24	75
Maladies rhumatismales chroniques	1.264	1.178	1.666	920	752	1.403
Nutrition, glandes endocrines, avitaminoses	2.155	3.188	3.091	2.365	1.739	1.501
Dystrophies, autres maladies générales	53	570	2.705	2.779	2.025	2.424
Sang, organes hémato- poiétiques	770	223	259	112	125	176

	1947-48	1949	1950	1951	1952	1953
Intoxications, empoisonnements chroniques	116	364	276	263	275	644
Affections neurologiques	1.424	1.572	1.539	1.155	1.065	1.706
Affections mentales, névroses	673	716	455	214	189	335
Organes des sens (vision, audition)	869	403	323	184	156	444
Affections cardiaques	2.333	3.015	3.002	2.257	1.473	2.232
Affections vasculaires	5.544	9.284	9.501	4.741	2.471	4.708
Maladies de l'appareil respiratoire, non tuberculeuses	1.856	1.639	1.809	1.430	1.024	2.583
Affections gastriques	3.994	3.513	3.138	3.085	2.710	5.090
Affections intestinales	2.508	1.461	1.375	1.167	1.289	2.380
Affections du foie	3.601	3.366	3.000	2.132	1.490	2.484
Autres maladies de l'appareil digestif	256	262	229	494	471	986
Appareil urinaire	1.385	1.647	1.536	1.419	1.049	1.550
Appareil génital masculin	1.074	636	435	314	268	547
Appareil génital féminin	4.296	2.637	2.416	2.317	1.859	1.841
Peau et tissu cellulaire sous-cutané	2.109	970	814	731	639	1.553
Os et organes du mouvement	2.006	569	613	562	413	919
Accidents, traumatismes intoxications accidentelles	434	166	178	123	142	238

TABLEAU ANNUEL DU NOMBRE D'AFFECTIONS DEPISTÉES :

	1947 - 48	1949	1950	1951	1952	1953
Nombre d'exams	124.244	161.488	159.834	136.134	98.421	112.206
Syphilis	664	1.043	1.255	999	706	592
Gonococcie	16	5	7	5	2	4
Autres maladies vénériennes	8	2	1	0	0	0
Tuberculose de primo- infection	57	111	64	26	46	15
Tuberculose pleuro- pulmonaire évolutive	288	576	320	248	243	216
Tuberculose extra-pulmonaire évolutive	3	20	6	5	2	5
Tuberculose disséminée évolutive	28	50	2	0	1	6
Séquelles de tuberculose pleuro-pulmonaire	144	427	128	61	34	82
Séquelles de tuberculose extra-pulmonaire	6	5	5	2	3	4
Autres maladies infec- tieuses	4	10	4	1	0	7
Rhumatismes chroniques	66	130	196	170	72	84
Nutrition, glandes endo- crines, avitaminoses	278	680	782	614	310	159
Dystrophies, autres maladies générales	71	66	413	844	759	478
Sang, organes hématopoiétiques	57	44	41	47	18	21
Intoxications, empoi- sonnements chroniques	22	73	72	46	29	89
Affections neurologiques	171	207	282	143	133	128

	1947-48	1949	1950	1951	1952	1953
Affections mentales, névroses	40	143	105	20	12	6
Organes des sens : vision et audition	51	41	22	19	16	20
Affections cardiaques	278	637	641	421	192	193
Affections vasculaires	676	1.179	2.807	2.187	1.326	1.290
Maladies de l'appareil respiratoire, non tuberculeuses	193	481	386	187	161	125
Affections gastriques	237	435	430	464	295	225
Affections intestinales	232	323	321	206	115	159
Affections du foie	344	490	457	413	164	226
Autres maladies de l'appareil digestif	47	112	127	138	133	70
Maladies de l'appareil urinaire	300	332	443	519	403	335
Maladies de l'appareil génital masculin	109	126	127	83	42	62
Maladies de l'appareil génital féminin	432	521	523	651	338	152
Affections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	97	78	120	147	70	113
Maladies des os et des organes du mouvement	95	83	137	116	52	80
Accidents, traumatismes intoxications accident. ^{1er}	23	24	98	231	200	95

POURCENTAGES DES AFFECTIONS CONSTATEES

	1947 - 48	1949	1950	1951	1952	1953
Syphilis	0,978	1,299	1,162	1,231	1,238	1,288
Gonococcie	0,065	0,043	0,042	0,031	0,028	0,017
Autres maladies vénériennes	0,005	0,002	0,001	0,005		
Tuberculose primo- infection	0,182	0,078	0,063	0,060	0,057	0,038
Tuberculose pleuro- pulmonaire évolutive	0,685	0,460	0,377	0,457	0,549	0,815
Tuberculose extra- pulmonaire évolutive	0,047	0,015	0,028	0,017	0,022	0,027
Tuberculose dissé- minée évolutive	0,130	0,025	0,001	0,005		0,001
Séquelles de tuber- culose pleuro- pulmonaire	1,004	0,942	0,903	0,780	0,841	1,369
Séquelles de tuber- culose extra pulmo- naire	0,146	0,099	0,125	0,095	0,060	0,073
Autres maladies infectieuses	0,160	0,037	0,026	0,022	0,024	0,067
Rhumatismes chroni- ques	1,017	0,729	1,042	0,676	0,764	1,250
Nutrition, glandes endocrines, avitami- noses	1,734	1,974	1,934	1,737	1,767	1,338
Dystrophies, autres maladies générales	0,043	0,353	1,692	2,041	2,057	2,160
Sang et organes hématopoiétiques	0,620	0,138	0,162	0,082	0,127	0,157
Intoxications, empoison- nements chroniques	0,093	0,225	0,173	0,193	0,279	0,574

	1947-48	1949	1950	1951	1952	1953
Affections neurologiques	1,146	0,973	0,963	0,848	1,082	1,520
Affections mentales, névroses	0,542	0,443	0,285	0,157	0,192	0,299
Maladies des organes des sens : vision et audition	0,700	0,250	0,202	0,135	0,159	0,396
Affections cardiaques	1,878	1,867	1,878	1,658	1,497	1,989
Affections vasculaires	4,462	5,750	5,944	3,483	2,511	4,196
Maladies de l'appareil respiratoire, non tuberculeuses	1,494	1,014	1,132	1,050	1,040	2,302
Affections gastriques	3,215	2,175	1,963	2,266	2,753	4,536
Affections intestinales	2,019	0,905	0,860	0,857	1,310	2,121
Affections du foie	2,900	2,084	1,877	1,566	1,514	2,214
Autres maladies de l'appareil digestif	0,206	0,162	0,143	0,363	0,479	0,879
Maladies de l'appareil urinaire	1,115	1,020	0,961	1,042	1,066	1,381
Maladies de l'appareil génital masculin	0,864	0,394	0,272	0,231	0,272	0,487
Maladies de l'appareil génital féminin	3,458	1,633	1,512	1,702	1,889	1,641
Affections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1,697	0,600	0,509	0,537	0,649	1,384
Maladies des os et des organes du mouvement	1,615	0,352	0,384	0,413	0,420	0,819
Accidents, traumatismes intoxications accidentelles	0,349	0,103	0,111	0,090	0,144	0,212

	1947 - 48	1949	1950	1951	1952	1953
Organes des sens vision et audition	0,041	0,025	0,014	0,014	0,016	0,018
Affections cardiaques	0,224	0,394	0,401	0,309	0,195	0,172
Affections vasculaires	0,544	0,730	1,756	1,607	1,347	1,150
Maladies de l'appareil respiratoire, non tuberculeuses	0,155	0,298	0,242	0,137	0,103	0,111
Affections gastriques	0,191	0,269	0,269	0,341	0,300	0,201
Affections intestinales	0,187	0,200	0,201	0,151	0,120	0,168
Affections du foie	0,277	0,303	0,286	0,303	0,167	0,201
Autres maladies de l'appareil digestif	0,038	0,069	0,079	0,101	0,135	0,062
Maladie de l'appareil urinaire	0,241	0,205	0,277	0,381	0,415	0,299
Maladies de l'appareil génital masculin	0,088	0,078	0,079	0,061	0,043	0,055
Maladies de l'appareil génital féminin	0,348	0,323	0,327	0,478	0,343	0,135
Affections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0,078	0,048	0,075	0,108	0,071	0,101
Maladies des os et des organes du mouvement	0,076	0,051	0,086	0,085	0,053	0,071
Accidents, traumatismes, intoxications acciden- telles	0,018	0,015	0,061	0,206	0,203	0,085

POURCENTAGES DES AFFECTIONS DEPISTÉES

	1947 - 48	1949	1950	1951	1952	1953
Syphilis	0,534	0,646	0,785	0,734	0,717	0,528
Gonococcie	0,013	0,003	0,004	0,003	0,002	0,003
Autres maladies vénériennes	0,006	0,001	0,0006			
Tuberculose primo- infection	0,046	0,069	0,040	0,019	0,047	0,013
Tuberculose pleuro- pulmonaire évolutive	0,231	0,356	0,200	0,182	0,247	0,193
Tuberculose extra- pulmonaire évolutive	0,002	0,012	0,004	0,003	0,002	0,004
Tuberculose disséminée évolutive	0,022	0,031	0,001		0,001	0,005
Séquelles de tuberculose pleuro-pulmonaire	0,115	0,264	0,080	0,045	0,035	0,073
Séquelles de tuberculose extra-pulmonaire	0,005	0,003	0,003	0,001	0,003	0,003
Autres maladies infectieuses	0,003	0,006	0,002	0,0007		0,006
Rhumatismes chroniques	0,053	0,080	0,123	0,125	0,073	0,075
Nutrition, glandes endo- crines, avitaminoses	0,224	0,421	0,489	0,451	0,315	0,142
Dystrophies, autres maladies générales	0,057	0,041	0,258	0,620	0,771	0,426
Sang, organes hématopoïétiques	0,046	0,027	0,026	0,035	0,018	0,019
Intoxications, empoison- nements chroniques	0,018	0,045	0,045	0,034	0,029	0,079
Affections neurologiques	0,138	0,128	0,176	0,105	0,135	0,114
Affections mentales, névroses	0,032	0,089	0,066	0,015	0,012	0,005

Nous n'insisterons pas à nouveau sur l'allure générale de ces graphiques.

Remarquons que les courbes des affections constatées et des affections dépistées sont très sensiblement parallèles sans oublier toutefois en regardant les deux graphiques qu'ils ont été établis suivant une échelle logarithmique. Par exemple, alors que les courbes ne semblent pas tellement différentes, le pourcentage des affections vasculaires dépistées en 1950 est de 1,750 % et celui des affections vasculaires constatées est de 5,944 %. Nous pourrions continuer cette comparaison pour toutes les autres rubriques.

ETUDE DE QUELQUES GRANDS CHAPITRES DE LA PATHOLOGIE

Nous nous proposons, à propos de ces tableaux statistiques de reprendre quelques uns des principaux chapitres de la pathologie jusqu'ici noyés parmi les autres chiffres.

Deux chapitres qui apparaissent importants sur les courbes, le premier celui des "maladies de la nutrition des glandes endocrines et des avitaminoses", le second celui des "dystrophies et autres maladies générales" ne seront pas abordés. Il s'agit là, par la faute indiscutable de la nomenclature d'un ramassis de faits cliniques fort disparates. La nouvelle nomenclature appliquée depuis le 1er Janvier 1954 permettra à coup sûr de revenir un jour **sur** leur étude. Si on veut bien se reporter aux courbes on remarquera que l'écart entre les pourcentages maximum et minimum de la rubrique "dystrophies et autres maladies générales" est un des plus importants des deux tableaux (dépistage et constatation), ce qui signe la difficulté dans l'interprétation des faits qui sont rangés dans cette rubrique. Cet écart peut être étudié pour un certain nombre d'autres rubriques. Quand on relève des diagnostics relativement plus simples, l'écart devient de moins en moins accentué et son importance permet presque de juger de la grandeur des difficultés rencontrées en clinique. Il atteint son maximum dans le dépistage des affections mentales et des névroses qui est un des dépistages les plus difficiles à aborder au cours des examens de santé. L'écart plus grand constaté au dépistage de la "tuberculose disséminée évolutive" sera expliqué plus loin.

I - LA TUBERCULOSE :

La tuberculose représente un gros appoint à la pathologie, que celle-ci soit constatée ou dépistée. La nomenclature adoptée fait entrer toute la tuberculose dans les six rubriques suivantes :

- 1) Tuberculose de primo-infection
- 2) Tuberculose pulmonaire ou pleurale évolutive
- 3) Tuberculose extra-pulmonaire évolutive
- 4) Tuberculose disséminée évolutive
- 5) Séquelles de tuberculose pleuro-pulmonaire
- 6) Séquelles de tuberculose extra-pulmonaire.

TUBERCULOSES CONSTATEES :

	1947-48	1949	1950	1951	1952	1953
Tuberculose primo-infection	227	126	100	81	56	43
Tuberculose pleuro-pulmonaire évolutive	851	743	603	622	540	914
Tuberculose extra-pulmonaire évolutive	58	25	45	23	22	30
Tuberculose disséminée évolutive	161	41	3	7	0	2
Séquelles de tuberculose pleuro-pulmonaire	1248	1522	1443	1062	828	1536
Séquelles de tuberculose extra-pulmonaire	182	161	200	129	59	82

VOICI LES POURCENTAGES :

	1947-48	1949	1950	1951	1952	1953
Tuberculose primo-infection	0,182	0,078	0,063	0,060	0,057	0,038
Tuberculose pleuro-pulmonaire évolutive	0,685	0,460	0,377	0,457	0,549	0,815
Tuberculose extra-pulmonaire évolutive	0,047	0,015	0,028	0,017	0,022	0,027
Tuberculose disséminée évolutive	0,130	0,025	0,001	0,005	0,000	0,001
Séquelles de tuberculose pleuro-pulmonaire	1,004	0,942	0,903	0,780	0,841	1,369
Séquelles de tuberculose extra-pulmonaire	0,146	0,099	0,125	0,095	0,060	0,073

On peut remarquer que les séquelles de tuberculose pleuro-pulmonaire occupent la première place du classement par ordre d'importance, que la seconde place est réservée à la tuberculose pleurale ou pulmonaire évolutive et que les tuberculoses de primo-infections sont en dégression régulière.

Ces pourcentages sont obtenus, et nous y insistons, sur un bloc de sujets représentant à peu près uniquement la population active. Il s'agit de plus de sujets non régulièrement suivis par la Médecine du Travail. Ils sont obligatoirement différents des pourcentages obtenus à partir de l'examen de collectivités bien surveillées comme les grandes administrations ou les banques.

Cette remarque est valable pour les "dépistages"

TUBERCULOSES DEPISTÉES :

	1947-48	1949	1950	1951	1952	1953
Tuberculose primo-infection	57	111	64	26	46	15
Tuberculose pleuro-pulmonaire évolutive	288	576	320	248	243	216
Tuberculose extra-pulmonaire évolutive	3	20	6	5	2	5
Tuberculose disséminée évolutive	28	50	2	0	1	6
Séquelles de tuberculose pleuro-pulmonaire	144	427	128	61	34	82
Séquelles de tuberculose extra-pulmonaire	6	5	5	2	3	4

VOICI LES POURCENTAGES :

	1947-48	1949	1950	1951	1952	1953
Tuberculose primo-infection	0,046	0,069	0,040	0,019	0,047	0,013
Tuberculose pleuro-pulmonaire évolutive	0,231	0,356	0,200	0,182	0,247	0,193
Tuberculose extra-pulmonaire évolutive	0,002	0,012	0,004	0,003	0,002	0,004
Tuberculose disséminée évolutive	0,022	0,031	0,001	0,000	0,001	0,005
Séquelles de tuberculose pleuro-pulmonaire	0,115	0,264	0,080	0,045	0,035	0,073
Séquelles de tuberculose extra-pulmonaire	0,005	0,003	0,003	0,001	0,003	0,003

On remarquera que les deux formes prédominantes de tuberculose sont ici la tuberculose pleuro-pulmonaire évolutive et les séquelles de tuberculose pleuro-pulmonaire (sauf en 1952 où elles occupent la troisième place derrière la tuberculose de primo-infection).

Les examens complémentaires demandés pour la phtisiologie occupent le premier rang dans le classement par ordre numérique des examens de spécialités. En voici le tableau avec les pourcentages :

	1947-48	1949	1950	1951	1952	1953
Nombre	2.836	4.939	3.946	8.752	3.233	3.396
Pourcentage	30,62 %	30,78	33,22	33,12	29,52	31,74

Une seule rubrique demande des explications détaillées, c'est celle des "tuberculoses disséminées évolutives". Les chiffres n'ont rien de comparable entre les deux premières années d'exercice et les suivantes. Il y a eu là des erreurs d'appréciation. La majeure partie des cas signalés était constituée par des adénopathies, des pleurésies séro-fibrineuses, des lésions pulmonaires ou osseuses dont, dans la grande majorité des cas, un des éléments seulement évoluait à la date de l'examen, les autres éléments étant en inactivité depuis plus ou moins longtemps. Depuis 1950 cette rubrique ne comprend plus que les cas chez lesquels deux ou très exceptionnellement plusieurs localisations tuberculeuses évoluent SIMULTANEMENT.

Les autres rubriques présentent des chiffres relativement stables et classiques.

2 - LA SYPHILIS.

L'ancienne nomenclature ne différencie pas les diverses formes de syphilis. La nouvelle nomenclature, entrée en vigueur le 1er Janvier 1954, distinguera désormais :

- la syphilis congénitale
- la syphilis récente (*primo secondaire*)
- la syphilis tardive
- la syphilis sérologique
- les réactions sérologiques positives sans antécédents connus de syphilis

Un nombre assez important de syphilis connues des malades a été constaté. En voici le tableau :

	Nombre de cas	Pourcentage
1947 - 48	1.216	0,978 %
1949	2.099	1,299 %
1950	1.857	1,162 %
1951	1.676	1,231 %
1952	1.218	1,238 %
1953	1.445	1,288 %

De même fut trouvé un assez grand nombre de syphilis ignorées des malades. En voici le tableau :

	Nombre de cas	Pourcentage
1947 - 48	664	0,534 %
1949	1.043	0,646 %
1950	1.255	0,785 %
1951	999	0,734 %
1952	706	0,717 %
1953	592	0,528 %

Les sujets suspects de syphilis sont reconvoqués pour une nouvelle prise de sang. Les laboratoires pratiquent :

dans tous les cas, les trois réactions suivantes :

- B.W. KOLMER : antigène à la cardiolipine de l'Institut Pasteur,
- B.W. DEMANCHE CHOLESTERINE : antigène de l'Institut Fournier,
- KLINE STANDARD : antigène à la cardiolipine de l'Institut Pasteur.

dans les cas où les laboratoires le jugent utile :

- B.W. DEMANCHE SIMPLE : antigène de l'Institut Fournier,
- KAHN STANDARD, réaction qualitative : antigène de l'Institut Pasteur,
- KAHN QUANTITATIF : antigène de l'Institut Pasteur.

Dans tous les cas douteux, à partir du 1.1.53 une réaction de NELSON a été pratiquée. Voici les résultats de cette expérience : sur 112.208 sujets, 2.037 présentaient des modifications sérologiques, soit 1,8% des sérums examinés. Parmi eux 1.445 sujets étaient ou avaient été traités à un moment quelconque de leur existence pour syphilis. Le nombre des dépistages proprement dits s'élevait donc à 592, soit 0,528 %. Parmi ces sujets, la plupart ne présentaient aucun signe clinique de cette affection et ne se reconnaissaient aucun antécédent primaire ou secondaire. Nous étions en présence de modifications sérologiques absolument isolées.

Le nombre important de ces cas nous a frappé. Il a conduit la Caisse Primaire à faire pratiquer chez un certain nombre de malades, outre une seconde série de réactions sérologiques classiques, un test d'immobilisation du tréponème de NELSON-MAYER. Ces tests ont été faits par Monsieur le Docteur DUREL et ses collaborateurs dans le laboratoire de l'Hôpital Saint-Lazare à PARIS.

Nous avons isolé plus particulièrement 400 sujets, choisis pour leur absence totale d'antécédents connus et de signes cliniques de syphilis. Il nous a paru intéressant de voir comment se comportait le test de NELSON dans ces cas très particuliers.

Ces 400 sérums présentaient des degrés de positivité plus ou moins marqués (environ 4 à 8 réactions différentes étaient pratiquées pour chaque sérum). Aussi, pour plus de clarté, les avons-nous groupés conventionnellement en 5 groupes :

- 1 - Sérums fortement positifs (4 ou 3 croix)
- 2 - Sérums positifs (2 croix)
- 3 - Sérums faiblement positifs (1 croix ou réaction associée à plus ou moins)
- 4 - Sérums à réactions dissociées (association de réactions à 2 croix, 1 croix, plus ou moins et négatif)
- 5 - Sérums douteux (réactions plus ou moins associées ou non à des réactions négatives).

Le test de Nelson a été interprété conformément aux règles posées par Nelson et Mayer :

- Test positif : Taux d'immobilisation supérieur à 50 %
- Test douteux : Taux compris entre 20 et 50 %
- Test négatif : Taux inférieur à 20 %.

Le tableau suivant résume les résultats obtenus :

NATURE DU SERUM	NOMBRE	TESTS POSITIFS	TESTS DOUTEUX	TESTS NEGATIFS
Fortement positif	17	17		
Positif	104	103		1
Faiblement positif	71	57	1	13
Dissocié	155	82	6	67
Douteux	53	19		34
Total	400	278	7	115

Il y eut donc :

- 69,75 % de sérums à test positif
- 1,75 % de sérums à test douteux
- 28,50 % de sérums à test négatif

L'étude de ces résultats nous permet de remarquer tout d'abord que le nombre de réponses douteuses données par le test de Nelson est peu élevé, alors que celui des réactions sérologiques classiques dissociées ou douteuses est important.

Nous voyons aussi que chez 28,50 % des sujets ayant des réactions sérologiques pathologiques, le test de Nelson s'est montré NEGATIF.

Il est à remarquer que, lorsque les réactions sérologiques classiques sont très positives, le test de Nelson est, lui aussi, positif. La positivité du test est d'autant plus fréquente dans un groupe donné que le degré de positivité des réactions sérologiques habituelles est plus élevé.

Enfin, dans un groupe de sérums faiblement positifs, dissociés ou douteux, le test de Nelson apporte la plupart du temps une réponse nette que la sérologie de réagine hésitait à donner. C'est dans ces cas que le test de Nelson acquiert une grande importance.

En résumé, nous voyons que la découverte de syphilis ignorées, sans signes cliniques d'aucune sorte, est relativement fréquente et que, dans les cas de réactions sérologiques classiques douteuses, la pratique du test de Nelson peut être d'un grand secours. Aussi ces tests continuent-ils à être faits dans le cadre des examens de santé lorsque les renseignements donnés par la sérologie de réagine sont insuffisants.

- LES AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES

Les chiffres trouvés pour la tuberculose et la Syphilis ne font que confirmer les chiffres classiques. Nous insisterons un peu plus longuement sur la Gastro-entérologie en médecine de dépistage. En 1953, le pourcentage des affections gastriques constatées atteint 4,536 %, celui

des affections intestinales 2,121 % contre 0,815 % pour la tuberculose pleurale ou pulmonaire évolutive.

Le dépistage des affections gastro-intestinales est rendu plus ardu du fait que l'interrogatoire du sujet par le clinicien au centre d'examen ne peut obligatoirement qu'être assez bref. D'autre part, il est difficile de différencier en quinze minutes un organique d'un fonctionnel. Aussi tous les cas douteux sont-ils dirigés sur les spécialistes de gastro-entérologie.

Voyons d'abord LES AFFECTIONS GASTRIQUES. Voici le tableau des maladies gastriques constatées au cours des six années et des affections dépistées avec leurs pourcentages respectifs:

	CONSTATATIONS		DEPISTAGES	
	Nbre de Cas	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
1947 - 48	3.994	3,215 %	237	0,191 %
1949	3.513	2,175 %	435	0,269 %
1950	3.138	1,963 %	430	0,269 %
1951	3.085	2,266 %	464	0,341 %
1952	2.710	2,753 %	295	0,300 %
1953	5.090	4,536 %	225	0,201 %

Nous ne pouvons actuellement donner le détail des affections gastro-intestinales au cours des six années étudiées. Une étude plus détaillée a été faite sur 4.646 sujets examinés entre le 1er Juin 1948 et le 1er Juin 1951 par les gastro-entérologues, à l'occasion du passage de 463.000 sujets dans les Centres de base. Furent décelés :

- 169 ulcères gastriques
- 137 gastrites
- 19 cancers
- 3 hernies diaphragmatiques,
- 1 mégaestomac
- 1 tumeur bénigne
- et 1 volvulus axial.

A) Les ulcères gastriques

Sur 169 ulcères gastriques, Mr CORBIN a relevé :

Selon l'âge :

- 39 cas, soit 22,48 % chez des sujets âgés de 60 à 70 ans
- 58 cas soit 34,31 % entre 50 et 60 ans

- 49 cas soit 28,99 % entre 40 et 50 ans
- 17 cas soit 10,05 % entre 30 et 40 ans
- 6 cas soit 3,55 % entre 20 et 30 ans

D'après le sexe :

- 42 cas soit 24,85 % chez la femme
- 127 cas soit 75,15 % chez l'homme

B - Les gastrites

Sur 137 cas de gastrites, Mr CORBIN a relevé :

Selon l'âge :

- 6 cas, soit 4,47 % entre 60 et 70 ans
- 40 cas soit 29,19 % entre 50 et 60 ans
- 47 cas soit 34,30 % entre 40 et 50 ans
- 31 cas soit 22,62 % entre 30 et 40 ans
- 13 cas soit 9,48 % entre 20 et 30 ans

Selon le sexe :

- 26 cas soit 18,97 % chez la femme
- 111 cas soit 81,03 % chez l'homme

C - Le cancer

Le cancer, absent chez les sujets âgés de 20 à 30 ans, se retrouve :

- dans 1 cas, soit 5,26 % entre 30 et 40 ans
- dans 3 cas soit 15,78 % entre 40 et 50 ans
- dans 10 cas, soit 52,63 % entre 50 et 60 ans
- dans 5 cas soit 26,31 % entre 60 et 70 ans

Il fut trouvé :

- dans 8 cas soit 42,10 % chez la femme
- dans 11 cas soit 57,90 % chez l'homme

Voyons maintenant les AFFECTIONS INTESTINALES. Voici le tableau des constatations et des dépistages avec les pourcentages :

	CONSTATATIONS		DEPISTAGES	
	Nbre de CAS	POURCENTAGE	NOMBRE	POURCENTAGE
1947-48	2.508	2,019 %	232	0,187 %
1949	1.461	0,905 %	323	0,200 %
1950	1.375	0,860	321	0,201 %
1951	1.167	0,857 %	206	0,151 %
1952	1.289	1.310 %	118	0,120 %
1953	2.380	2,121 %	189	0,168 %

Ici encore il nous est impossible de ventiler actuellement le détail des affections intestinales au cours des six années. Nous n'en donnons qu'une étude partielle. Sur 1315 cas d'affections intestinales examinées par les gastro-entérologues du 1er Juin 1948 au 1er Juin 1951 parmi les 463,000 sujets examinés dans les Centres de base, nous trouvons :

- au niveau du duodénum :

- 451 ulcères et 72 duodénites

- au niveau de l'intestin grêle et du colon :

- 371 colites

- 232 constipations chroniques

- 128 dolichomégacolons

- 52 parasitoses

- 3 tumeurs coliques

- 1 cas de saturnisme

- au niveau du rectum

- 5 cancers

- A - Les ulcères duodénaux

Sur 451 ulcères duodénaux on trouve :

- selon l'âge :

- 35 cas, soit 7,760 % de 20 à 30 ans

- 83 cas, soit 18,402 % de 30 à 40 ans

- 170 cas, soit 37,694 % de 40 à 50 ans

- 117 cas, soit 25,942 % de 50 à 60 ans

- 46 cas, soit 10,199 % de 60 à 70 ans

- selon le sexe :

- 79 cas, soit 17,51 % chez la femme

- 372 cas, soit 82,49 % chez l'homme

B - Intestin grêle et Colon :

- les colites : 28,21 % des affections intestinales, sont d'une égale fréquence dans les deux sexes. On en relève :

- 24 cas, soit 6,495 % de 20 à 30 ans

- 76 cas, soit 20,485 % de 30 à 40 ans

- 141 cas, soit 38,000 % de 40 à 50 ans

- 99 cas, soit 26,684 % de 50 à 60 ans

- 31 cas, soit 8,355 % de 60 à 70 ans

- les constipations chroniques plus fréquentes chez la femme (73,70 %) sont plus souvent rencontrées entre 40 et 50 ans (3,27 %) et entre 50 et 60 ans (2,92 %) qu'aux autres périodes de la vie.

Le nombre d'examens de spécialités, faits au titre de la gastro-entérologie est important, comme le montre le tableau de la page suivante. Il faut signaler que le chiffre beaucoup plus important de ces examens en 1953 est dû au fait qu'un groupe assez fort d'anciens prisonniers de guerre a été vu aux examens de santé cette année là et que les affections du tube digestif (*ulcus en particulier*) se sont révélées très fréquentes dans ce groupe.

Examens spéciaux de Gastro-entérologie :

	1947-48	1949	1950	1951	1952	1953
Nombre	973	2093	1511	1610	1720	1999
Pourcentage	10,50 %	13,04	12,70	14,21	15,70	18,68

4 -LES AFFECTIONS VASCULAIRES

Nous reprenons ici les chiffres des affections cardiovasculaires uniquement pour montrer leur importance comme facteur de morbidité. L'application au cours des six exercices de l'ancienne nomenclature ne permet pas l'étude détaillée de ce chapitre. Celle-ci sera possible avec la nouvelle nomenclature, puisqu'une discrimination sera faite entre :

- les cardiopathies rhumatismales chroniques,
- les cardiopathies non rhumatismales
- l'hypertension
- les maladies des artères
- les maladies des veines.

	CONSTATATIONS		DEPISTAGES	
	NOMBRE	POURCENTAGE	NOMBRE	POURCENTAGE
1947-48	2.333	1,878 %	278	0,224 %
1949	3.015	1,867 %	637	0,394 %
1950	3.002	1,878 %	641	0,401 %
1951	2.257	1,658 %	421	0,309 %
1952	1.473	1,497 %	192	0,195 %
1953	2.232	1,989 %	198	0,172 %

Après ce tableau des affections cardiaques, voici le tableau des affections vasculaires :

	CONSTATATIONS		DEPISTAGES	
	Nbre de Cas	Pourcentage	Nbre de cas	Pourcentage
1947-48	5.544	4,462 %	620	0,544 %
1949	9.284	5,750 %	1.235	0,730 %
1950	9.501	5,944 %	2.807	1,750 %
1951	4.741	3,483 %	2.187	1,607 %
1952	2.471	2,511 %	1.326	1,347 %
1953	4.708	4,196 %	1.156	1,150 %

Voici le tableau des examens spéciaux demandés au titre des affections cardio-vasculaires :

	Nombre	Pourcentage
1947 - 48	1.368	14,78 %
1949	1.924	11,99 %
1950	1.445	11,82 %
1951	1.576	13,37 %
1952	1.507	11,31 %
1953	1.295	11,71 %

5 - CARCINOLOGIE

En tête de ce chapitre, nous nous permettons deux citations.

"La France connaît chaque année environ 80.000 décès par cancer. Dans l'état actuel de nos possibilités thérapeutiques, un grand nombre de ces malades pourraient être sauvés s'ils étaient traités d'une façon suffisamment précoce..... Des visites systématiques de santé dans une maladie aussi sournoise et fruste de signes qu'est le cancer à ses débuts constituent indiscutablement la seule sauvegarde du malade qui s'ignore"

(Professeur R. HUGUENIN et Docteur R. SARACINO. Les facteurs sociaux du Dépistage des Tumeurs, Gazette Médicale de France, tome 57, numéro du 23.12.1950, page 1186).

"Un diagnostic de cancer, surtout au début, ne se fait pas aussi facilement qu'un diagnostic de tuberculose qui ne demande qu'un coup d'oeil sur l'écran radiologique et un examen des crachats, ou qu'un diagnostic de syphilis qui peut ne demander qu'une petite prise de sang. Pour faire d'une manière réellement efficace un dépistage du cancer, il faut des examens cliniques prolongés et soignés, il faut des examens para-cliniques, radiologiques, endoscopiques souvent prolongés onéreux, parfois douloureux et qui ne souffrent pas la médiocrité sous peine de donner au malade une fausse sécurité ou des inquiétudes injustifiées. C'est dire que, sur ce point, le problème pratique du dépistage du cancer n'est pas encore parfaitement résolu".

(Docteur Henri PEQUIGNOT, *Les Fléaux Sociaux Science et Vie*, Juillet 1950).

Ces deux citations soulignent la nécessité des examens systématiques en matière de cancer et aussi leur extrême difficulté.

Le service des examens de santé s'est heurté pendant plusieurs années à des difficultés d'exploitations statistiques certaines en matière de cancer. Si la statistique appliquée depuis Janvier 1954 permet de différencier les tumeurs bénignes des tumeurs malignes, celle appliquée jusqu'au 31 Décembre 1953 ne le permettait pas. Il a donc fallu au cours des années 1947 à 1953 inclus reprendre chaque année tous les dossiers de "tumeurs" pour en faire une ventilation particulière.

Pendant l'exercice 1947-48 il n'y a pas eu de diagnostic de "cancer", les sujets convoqués étant âgés de 16 à 30 ans. Ce n'est donc qu'en 1949 qu'à réellement commencé ce dépistage.

Pour que les diagnostics portés présentent toutes garanties, le service des Examens de Santé de la Caisse Primaire Centrale a dirigé à dater du 23.2.1949 tous les cas suspects sur le Service de Carcinologie organisé par la Caisse Régionale de Sécurité Sociale de la Région Parisienne. Ce Centre qui fonctionne sous la haute autorité de Monsieur le Professeur R. HUGUENIN et de Monsieur le Docteur Guy ALBOT peut effectuer tous les examens nécessaires dans les conditions que nous avons indiquées ci-dessus en citant Monsieur le Professeur Henri PEQUIGNOT.

Les sujets suspects signalés dès le lendemain de l'examen médical au Service de Carcinologie y sont convoqués directement. Ce service les prend entièrement en charge, sur le plan "diagnostic" et sur le plan social.

Deux exceptions ont été faites à cette règle. Il est impossible de diriger directement sur le Service de carcinologie des sujets atteints de troubles gastro-intestinaux sous peine de le déborder rapidement. Tous ces sujets sont donc vus d'abord au Centre de Spécialistes par le groupe des gastro-entérologues. Le diagnostic de cancer digestif peut y être porté. S'il est ferme, le cycle des investigations s'arrête à ce stade. Si, par contre, il persiste un doute et si des examens réitérés apparaissent nécessaires pour un cas difficile, le sujet est dirigé sur le Centre de Carcinologie, qui n'a ainsi à voir que les cas fortement suspects et n'a pas à voir les multiples dyspepsies, ulcus, colites qui forment le contingent habituel des assurés aboutissant à un examen de gastro-entérologie.

De même, il est certain que tous les cas de pneumologie ne peuvent être directement dirigés sur la carcinologie. Ces cas sont vus par des spécialistes de pneumo-phthisiologie. Là aussi les cas restant très douteux sont envoyés à la carcinologie.

Il n'est pas possible d'étudier pour chaque année le pourcentage des différents cancers les uns par rapport aux autres. Etant donné le petit nombre de cancers dépistés il est certain que cette comparaison ne pourrait rien donner de valable et ne permet absolument pas de se rendre compte de l'importance relative des diverses localisations diagnostiquées. Les cancers régulièrement rencontrés chaque année sont les cancers :

- du sein
- du col utérin
- du corps utérin
- du revêtement cutané

Les autres sont tantôt présents, tantôt absents, mais toujours en nombre infime : parotide, thyroïde, pharynx, amygdale, plancher buccal, etc.....

Voici le nombre d'examens complémentaires de carcinologie demandés par les médecins des Centres de base et le nombre des cancers dépistés chaque année :

ANNEE	NOMBRE D'EXAMENS DE CARCINOLOGIE	NOMBRE DE CANCERS DEPISTES
1949	311	23
1950	346	31
1951	465	30
1952	490	27
1953	354	26

Si on rapporte le nombre de cancers dépistés au nombre total des sujets examinés, les pourcentages obtenus sont de :

- en 1949 pour 161.488 sujets examinés 23 cancers : 0,14 pour mille
- en 1950 pour 159.134 sujets 31 cancers : 0,19 pour mille
- en 1951 pour 136.134 sujets 30 cancers : 0,22 pour mille
- en 1952 pour 98.421 sujets 27 cancers : 0,27 pour mille
- en 1953 pour 112.206 sujets 26 cancers : 0,23 pour mille

Nous n'avons retenu dans cette étude que les cancers dépistés par le Centre de Carcinologie. En réalité, il vient chaque année se surajouter à ces chiffres quelques cas de cancer diagnostiqués directement par les Spécialistes des examens de santé (gastro-entérologues) pneumo-phtisiologues). Ils modifient fort peu le pourcentage des cancers dépistés.

La seule statistique très étudiée pour les cancers dépistés en dehors du Centre de Carcinologie est la Statistique de Michelle CORBIN. Pendant la période allant du 1.6.48 au 1.6.51, 40 cancers ont été décelés, dont :

- 19 cancers de l'estomac
- 9 cancers de l'oesophage
- 5 cancers du rectum
- 4 cancers du foie
- 1 cancer de l'amygdale

Nous pouvons ajouter à ces chiffres quelques nouveaux cas décelés depuis avec en plus quelques cancers de l'appareil respiratoire. Tout ceci n'atteint pas la moitié des cas décelés par le Service de Carcinologie et ne modifierait que très peu les pourcentages obtenus par le Service de Carcinologie si nous pouvions les ventiler exactement par année, ce que ne nous permet pas la nomenclature utilisée jusqu'au 31.12.53.

Il ne faut pas oublier cependant que les pourcentages donnés sont établis en partant d'un bloc de sujets dont l'âge varie entre 16 et 70 ans. Les sujets qui viennent représentent de plus la partie essentiellement active de la population. Tous les sujets suivis régulièrement par un dispensaire ou se trouvant en longue maladie ou invalidité sont priés de ne pas répondre à la convocation. Le Service cherche à ne toucher que les isolés, et les isolés non traités.

Un rapprochement cependant doit être fait entre les chiffres de dépistage du cancer et le pourcentage des cas de tuberculose active dépistés. Il existe un terme de comparaison possible grâce aux statistiques d'entrée en longue maladie. Il entre en longue maladie 1 cancéreux pour 5 tuberculeux. Le pourcentage moyen des dépistages de tuberculose active est aux examens de santé de 2 pour mille, le pourcentage moyen des dépistages de cancer pendant les trois dernières années est de 0,25 pour mille.

On ne retrouve pas évidemment la proportion de 5 à 1, mais si on veut bien tenir compte des difficultés présentées par le diagnostic du cancer et du fait que ce pourcentage est établi sur une population âgée de 16 à 70 ans, alors que la très grande majorité des cancers apparaît après la quarantaine, peut-être le chiffre de dépistage de cancer qui paraît très faible n'est-il pas tellement éloigné de la vérité clinique.

CONCLUSIONS

L'étude statistique des résultats obtenus par les Examens de Santé porte en fin 1953 sur 792.327 sujets examinés.

Les chiffres de dépistages effectués sont très comparables d'une année à l'autre, compte tenu des sujets d'âges différents qui ont été convoqués par périodes, ou de l'examen de groupes spéciaux comme les anciens prisonniers de guerre.

Si ces chiffres ne permettent pas de mesurer en valeur absolue les causes de morbidité, ils donnent une idée certaine de l'importance des causes de morbidité par rapport les unes aux autres au sein de la partie active de la population.

Les dépistages basés sur la seule clinique comme point de départ apparaissent aussi stables que les dépistages ayant pour point de départ unescopie ou une analyse biologique.

La diversité et l'extrême mobilité des équipes médicales de base ne semblent pas retentir sur la qualité des résultats, l'équipe spécialisée restant par ailleurs très homogène.

BIBLIOGRAPHIE

- Charles BERLIOZ et Pierre MIRAULT :
 Indications sur la morbidité dépistée au cours des examens de santé dans le cadre de la Sécurité Sociale.
 Semaine des Hôpitaux de Paris, numéro 30, 22.4.51

- Françoise CANU :
 Test de NELSON-MAYER et incertitudes sérologiques,
 Thèse Paris 1953

- Marie-José CARILLON :
 Le dépistage clinique au cours des examens de santé
 Thèse Paris 1951

- Michelle CORBIN :
 Résultats de 3 années de dépistage des affections digestives au cours des examens de santé de la Sécurité Sociale
 Thèse Paris 1952

- Robert HONNONS :
 Rétrécissement aortique calcifié et examens systématiques
 Thèse Paris 1952

- René HUGUENIN et René SARACINO :
 Organisation rationnelle de la lutte sociale contre le cancer
 Semaine des Hôpitaux de Paris, numéro 74, 6.10.49

 Les facteurs sociaux du dépistage des tumeurs, rôle du médecin de famille, des visites de santé systématiques et de la propagande.
 Gazette Médicale de France, tome 57, numéro 23, Décembre 1950

- JAYLE et BADIN :
 Intérêt clinique de la formule protéique du sérum sanguin
 Concours Médical numéro 51, 22.12.51

- Paul LEFEVRE :
 Sur le fonctionnement et l'importance de la sélection médicale dans le recrutement de la main d'oeuvre étrangère
 Thèse Paris 1949.

- Denise MIRAULT :
 Un aspect de la Médecine Préventive. Les examens de santé à la Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale de la Région Parisienne
 Thèse Paris 1950.

- Roger NOLLAND :
 Applications des réactions sériques non spécifiques au dépistage systématique des maladies aux examens de santé
 Thèse Paris 1952

TABLE DES GRAPHIQUES ET TABLEAUX

	PAGES
Nombre annuel d'assurés examinés et catégories	9
Nombre et pourcentages annuels des dépistages	10
Nombre et pourcentages des examens de spécialités	11
Nombres annuels des examens de spécialités selon les disciplines	13
Pourcentages annuels des examens de spécialités selon les disciplines	14
Nombres annuels des affections constatées	20-21
Nombres annuels des affections dépistées	22-23
Pourcentages annuels des affections constatées	24-25
Pourcentages annuels des affections dépistées	27
Nombres et pourcentages annuels des tuberculoses constatées	30
Nombres et pourcentages annuels des tuberculoses dépistées	31
Nombres et pourcentages annuels des examens de phthisiologie	32
Nombres et pourcentages annuels des syphilis constatées	33
Nombres et pourcentages annuels des syphilis dépistées	33
Tableau des tests de Nelson	35
Nombres et pourcentages annuels des affections gastriques constatées et dépistées	36
Nombres et pourcentages annuels des affections intestinales constatées et dépistées	37
Nombres et pourcentages annuels des examens de gastro-entérologie	37
Nombres et pourcentages annuels des affections cardiaques constatées et dépistées	39
Nombres et pourcentages annuels des affections vasculaires constatées et dépistées	40
Nombres et pourcentages annuels des examens cardio-vasculaires	40
Tableau des examens de carcinologie et nombres annuels de cancers dépistés	42
Pourcentages annuels des cancers dépistés par rapport aux nombres globaux annuels de sujets examinés	42

TABLE DES MATIERES

	PAGES
Introduction	2
Intérêt de la clinique au cours des Examens de Santé	3
Organisation des Centres	5
Les convocations	7
L'équipe médicale	10
Les résultats	16
Etude de quelques grands chapitres de la pathologie	29
- la tuberculose	30
- la syphilis	32
- les affections gastro-intestinales	35
- les affections vasculaires	39
- carcinologie	40
Conclusions	44
Bibliographie	45
Table des graphiques et tableaux	46

Vu : le Président de THESE

Vu : le Doyen

Pr. JOANNON

Léon BINET

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de P A R I S

J. SARRAILH

